



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# **Síndrome de Asperger**

## **Qualidade de Vida e Rendimento Escolar na Adolescência**

**Ana Patrícia Simões Cardoso**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Mestre Paula Cristina Correia

**Covilhã, Outubro de 2011**



# Dedicatória

*Aos meus Pais e Irmão...*

*Aos meus verdadeiros Amigos...*

*“Pedras no Caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”*

*Fernando Pessoa*

# Agradecimentos

Agradeço a todos os que me impulsionaram na realização deste trabalho...

À minha Orientadora, Mestre Paula Correia, pelo entusiasmo e prontidão com que aceitou colaborar neste projecto, pela dedicação, empenho e motivação sempre demonstrados, com o objectivo último de dar algo de útil à nossa comunidade.

À Universidade da Beira Interior, particularmente à Faculdade de Ciências da Saúde, pela qualificada formação oferecida ao longo destes 6 anos, pelo incentivo à aprendizagem e ao enriquecimento pessoal, permitindo-me estar preparada para abraçar a futura realidade.

A todos os Adolescentes que aceitaram colaborar e participar neste trabalho, sem os quais este não deixaria de ser apenas um sonho.

À Escola Secundária Afonso de Albuquerque, da Fria mas Formosa cidade da Guarda. Um agradecimento especial ao Senhor Director António Soares por me ter apoiado neste projecto, pela sua compreensão e disponibilidade.

À APPDA de Viseu e à APSA, em especial às suas Directoras, Doutora Prazeres Domingues e Doutora Piedade Monteiro, respectivamente, por toda a amabilidade demonstrada e pelas respostas úteis e sempre prontas aos meus diversos *e-mails*. Por terem despendido algum do seu tempo em prol deste trabalho.

Ao Dr. Paulo Almeida pelo acolhimento, pela incansável paciência, pelo incentivo constante e por toda a ajuda, imprescindível nos momentos mais difíceis e de desânimo...por me ter “mostrado” o melhor caminho.

Aos meus pais que me formaram antes de qualquer licenciatura. Por todo o amor e apoio incondicional e por todos os esforços e privações por mim passadas. Sem eles nunca teria chegado até aqui...

Ao meu irmão e cunhada pelo amparo e pela força ao longo do meu percurso de vida.

À Carina pela verdadeira amizade, por estar sempre disponível nos bons e maus momentos e, sobretudo, por nunca me deixar desistir.

Por fim, à minha família e amigos, pelo suporte em todos os momentos.

# Resumo

**Objectivos:** Avaliar se existe diferença estatisticamente significativa entre Qualidade de Vida (QV) e Rendimento Escolar de adolescentes com Síndrome de Asperger (SA), comparativamente a adolescentes sem distúrbio neuro-psiquiátrico conhecido.

**Material e Métodos:** Estudo observacional descritivo transversal entre 1) *casos*: adolescentes com Síndrome de Asperger, com idades entre 13 e 20 anos, inscritos na APPDA de Viseu ou na APSA; e 2) *controlos*: adolescentes da mesma faixa etária a frequentar os ensinos básico ou secundário da Escola Secundária Afonso de Albuquerque. Para facilitar a recolha dos dados, construiu-se um questionário intitulado “Questionário de Qualidade de Vida e Rendimento Escolar”, estruturado em 3 partes: Dados Sociodemográficos, Rendimento Escolar e Qualidade de Vida.

**Resultados:** A idade média dos adolescentes com SA foi de  $17,00 \pm 2,55$  anos, sendo a maioria do género masculino (60%). Rendimento Escolar: o número de reprovações escolares foi superior, em média, no grupo dos casos (casos:  $0,80 \pm 0,18$ ; controlos:  $0,28 \pm 0,57$ ); a autopercepção como estudante foi inferior, em média, nos adolescentes com SA (casos: *Suficiente*,  $3,20 \pm 0,45$ ; controlos: *Bom*,  $3,88 \pm 0,75$ ). Qualidade de Vida: os adolescentes com SA, tal como os controlos, apresentaram uma *Boa* percepção global de QV (casos:  $4,00 \pm 0,00$ ; controlos:  $4,02 \pm 0,62$ ) e mostraram-se *Satisfeitos* face à sua percepção global de saúde (casos:  $4,40 \pm 0,89$ ; controlos:  $4,14 \pm 0,90$ ).

**Conclusão:** Comparativamente aos jovens do grupo de controlos, os adolescentes com SA não demonstraram um prejuízo significativo na sua QV global. No entanto, apresentaram um número de reprovações escolares superior e classificaram-se, enquanto estudantes, numa categoria inferior.

## Palavras-chave

Síndrome de Asperger; Adolescência; Qualidade de Vida; Rendimento Escolar

# Abstract

**Purpose:** To evaluate the existence of a significant statistical difference between the Quality of Life (QOL) and the School Performance of adolescents with Asperger's Syndrome (AS), compared to adolescents without known neuro-psychiatric disorder.

**Material and Methods:** A cross-sectional study between 1) cases: adolescents with Asperger's Syndrome aged between 13 and 20 years registered in Viseu's APPDA or APSA; and 2) controls: adolescents of the same age group attending primary or secondary school in Escola Secundária Afonso de Albuquerque. To simplify data's collection, it was created a questionnaire named "Questionário de Qualidade de Vida e Rendimento Escolar na Adolescência", structured in 3 parts: Demographic Data; School Performance; and Quality of Life.

**Results:** The average age of the adolescents with AS was  $17,00 \pm 2,55$  years, with male gender predominance (60%). School Performance: The number of school failure was higher, on average, in the cases' group (cases:  $0,80 \pm 0,18$ , controls:  $0,28 \pm 0,57$ ); the student self-perception was lower, on average, in the adolescents with AS (cases: *Sufficient*,  $3,20 \pm 0,45$ , controls: *Good*,  $3,88 \pm 0,75$ ). Quality of Life: adolescents with AS, similarly to controls, showed a *Good* overall perception of QOL (cases:  $4,00 \pm 0,00$ , controls:  $4,02 \pm 0,62$ ) and they were *Satisfied* with their overall perception of health (cases:  $4,40 \pm 0,89$ , controls:  $4,14 \pm 0,90$ ).

**Conclusion:** Adolescents with AS didn't show a significant impairment in their overall QOL. However, they showed a higher rate of school's failure, and they were classified, as students, in a lower category, when compared to the group of controls.

## Keywords

Asperger's Syndrome; Adolescence; Quality of Life; School Performance

# Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos .....	v
Resumo .....	vi
Abstract.....	vii
Índice .....	viii
Índice de Tabelas .....	ix
Lista de Siglas/Abreviaturas .....	x
1 Introdução .....	1
2 Material e Métodos .....	4
2.1 Participantes .....	4
2.2 Instrumentos e recolha dos dados .....	4
2.3 Análise Estatística .....	5
3 Resultados .....	6
3.1 Caracterização da amostra.....	6
3.2 Rendimento Escolar .....	7
3.3 Qualidade de Vida .....	8
3.4 Correlações .....	11
4 Discussão .....	14
5 Conclusão .....	18
Bibliografia.....	19
Anexos .....	23
Anexo 1. DSM-IV, Síndrome de Asperger .....	24
Anexo 2. CID-10, Síndrome de Asperger .....	26
Anexo 3. WHOQOL-BREF .....	28
Anexo 4. Escala de Satisfação com a Vida (ESCV) .....	31
Anexo 5. Questionário de Qualidade de Vida e Rendimento Escolar na Adolescência (QQVRE-A) .....	33



# Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Grupos de Casos (adolescentes com SA) e de Controlos .....	6
Tabela 2. Rendimento Escolar dos Grupos de Casos (adolescentes com SA) e de Controlos .....	7
Tabela 3. Qualidade de Vida dos Grupos de Casos (adolescentes com SA) e de Controlos, avaliada através das escalas ESCV e WHOQOL-BREF .....	9
Tabela 4. Correlação entre Rendimento Escolar e Qualidade de Vida nos Grupos de Casos (adolescentes com SA) e de Controlos .....	12

## Lista de Siglas/Abreviaturas

APA	Associação Americana de Psiquiatria
APPDA	Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo
APSA	Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger
AS	Asperger's Syndrome
CID	Classificação Internacional de Doenças
DP	Desvio-padrão
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
ESCV	Escala de Satisfação com a Vida
EUA	Estados Unidos da América
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEA	Perturbações do Espectro do Autismo
PGD	Perturbações Globais do Desenvolvimento
QOL	Quality of Life
QQVRE-A	Questionário de Qualidade de Vida e Rendimento Escolar na Adolescência
QV	Qualidade de Vida
RE	Rendimento Escolar
SA	Síndrome de Asperger
SLSS	Students' Life Satisfaction Scale
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TID	Transtornos Invasivos do Desenvolvimento
UBI	Universidade da Beira Interior
WHOQOL-100	Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde
WHOQOL-BREF	Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde Abreviada

# 1 Introdução

As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), também conhecidas por Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) ou Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD), são perturbações crónicas, que se manifestam primordialmente por dificuldades interactivas do sujeito<sup>(1)</sup>. Autismo, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância (Síndrome de Heller) e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, integram o grupo das perturbações supracitadas<sup>(1,2,3)</sup>. O seu diagnóstico baseia-se num dos dois sistemas clínicos de diagnóstico formalmente aceites, o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR, APA)<sup>(2)</sup> (Anexo 1) ou a *Classificação Internacional das Doenças*, da Organização Mundial de Saúde (CID 10, OMS)<sup>(4)</sup> (Anexo 2) e caracteriza-se por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interacção social recíproca, de comunicação e actividades estereotipadas<sup>(1,2,5)</sup>. Segundo Oliveira G et al, uma em cada mil crianças portuguesas sofre de alguma PEA, com predomínio do sexo masculino<sup>(6)</sup>. O Síndrome de Asperger (SA) é uma PEA, sendo caracterizado por desvios e anormalidades em três amplas áreas do desenvolvimento: interacção social; uso de linguagem para comunicação; e certas características repetitivas ou invasivas sobre um número limitado, porém intenso, de interesses<sup>(7,8)</sup>. Estudos sugerem que o SA é mais comum do que o Autismo; este tem uma prevalência de 4 em cada 10.000 crianças, enquanto a prevalência do SA é estimada em 20 a 25 por cada 10.000 crianças<sup>(9)</sup>.

O SA caracteriza-se, essencialmente, por um prejuízo severo e persistente na interacção social (Critério A); e pelo desenvolvimento de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e actividades (Critério B)<sup>(2,10)</sup>. A perturbação deve causar prejuízo clinicamente significativo nas áreas social e ocupacional, ou noutras áreas importantes de funcionamento (Critério C)<sup>(2,10)</sup>. Contrastando com o Transtorno Autista, não existem atrasos clinicamente significativos na linguagem (isto é, palavras isoladas são usadas aos 2 anos, frases comunicativas aos 3 anos) (Critério D)<sup>(2,10)</sup>. Além disso, não existem atrasos clinicamente significativos no desenvolvimento cognitivo ou de habilidades de auto-ajuda apropriadas à idade, no comportamento adaptativo (outro que não a interacção social) e na curiosidade acerca do ambiente na infância (Critério E)<sup>(2,10)</sup>. O diagnóstico não é atribuído se forem satisfeitos critérios para qualquer outro TID específico ou para Esquizofrenia (Critério F)<sup>(2,10)</sup>. O SA, aparentemente, inicia-se numa idade mais avançada do que o Autismo. Este facto pode dever-se apenas ao diagnóstico mais tardio daquela patologia<sup>(2,8,10)</sup>. No período pré-escolar, podem evidenciar-se falta de destreza ou atrasos motores. As dificuldades na interacção social podem tornar-se mais evidentes no contexto escolar, no qual determinados interesses idiossincráticos ou circunscritos (por exemplo, fascínio com horários de comboios) também se podem manifestar. Quando adultos, os indivíduos com aquele síndrome podem ter problemas relacionados com a empatia e a modulação da interacção social. O SA,

aparentemente, segue um curso contínuo e, na ampla maioria dos casos, tem duração vitalícia<sup>(2,8,10)</sup>.

Sendo o SA uma área de especial interesse científico, muitos são os trabalhos levados a cabo dentro da mesma, apesar de, em Portugal, existirem poucos dados.

A adolescência (do latim *adolescere*, significa crescer) corresponde a um período da vida caracterizado por um crescimento e desenvolvimento biopsicossociais marcados, o qual decorre entre o final do período de infância (aproximadamente aos 10 anos de idade) e a adultícia<sup>(11)</sup>. Naquela fase, ocorrem várias alterações a diferentes níveis: 1) biológico, correspondendo a grandes modificações anatomo-fisiológicas; 2) psicológico, consistindo na conquista de identidade e à aquisição de autonomia e; 3) social, correspondendo à adaptação harmoniosa ao meio social<sup>(11)</sup>. A idade de início da maturação física, bem como o intervalo de tempo decorrido até à aquisição de maturidade psicossocial plena, é variável de indivíduo para indivíduo, com possibilidade de desfasamento, o que dificulta a delimitação do começo e do fim da adolescência<sup>(11)</sup>. Contudo, quer por motivos científicos, quer burocrático-administrativos, torna-se indispensável estabelecer limites cronológicos de idade para este grupo<sup>(11)</sup>. Assim, a OMS, em 1965, definiu a adolescência como o período que se estende, aproximadamente, dos 10 aos 20 anos, compreendendo três fases: 1) adolescência precoce (10 aos 12 anos); 2) adolescência média (dos 13 aos 15 anos); e 3) adolescência tardia (dos 16 aos 20 anos)<sup>(11)</sup>.

Qualidade de Vida (QV) é um constructo subjectivo e multidimensional, definido pela OMS como a percepção do indivíduo face à sua posição na vida, nos contextos da cultura e do sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>(12,13)</sup>. Segundo Jennes-Coussens et al, a QV de adolescentes/adultos jovens com SA é inferior, comparativamente ao grupo controlo, com diferenças significativas nos domínios da saúde física e das relações sociais<sup>(14)</sup>.

A busca de um instrumento que avaliasse a QV dentro de uma perspectiva genuinamente internacional, fez com que a OMS organizasse um projecto colaborativo multicêntrico, que culminou na elaboração da *Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde* (WHOQOL-100), um instrumento de avaliação da QV composto por 100 itens<sup>(13,15)</sup>. A necessidade de instrumentos mais sintéticos que exigissem menos tempo para o seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o grupo da QV da OMS desenvolvesse uma versão abreviada da WHOQOL-100, denominada *Escala de Qualidade de Vida Abreviada* (WHOQOL-BREF), que consta de 26 questões<sup>(13,16)</sup>. As características psicométricas da WHOQOL-BREF preencheram os critérios de consistência interna; validade discriminante, concorrente e de conteúdo; e confiabilidade teste-reteste<sup>(15)</sup>. As características psicométricas da WHOQOL-BREF, na sua versão em português (Anexo 3), apresentaram resultados semelhantes aos que deram origem à versão abreviada original<sup>(15)</sup>.

A Satisfação com a Vida é uma avaliação individual e subjectiva da QV<sup>(17)</sup>. A escala *Students' Life Satisfaction Scale* (SLSS) é um instrumento fiável e válido para avaliação da satisfação com a vida em crianças e adolescentes<sup>(18)</sup>. A *Escala de Satisfação com a Vida* (ESCV) (Anexo 4)

é a versão portuguesa da SLSS, apresentando propriedades psicométricas equivalentes às da versão original<sup>(17)</sup>.

A definição de Rendimento Escolar (RE) pode ser abordada a dois níveis, reportando-se aos aspectos pessoal e social do mesmo: 1) o aspecto pessoal remete para as aptidões e outras características pessoais de cada aluno; e 2) o aspecto social tem em conta os níveis mínimos de aprendizagem, estabelecidos pela sociedade para cada grau de ensino e avaliando o aluno de acordo com esses parâmetros<sup>(19,20)</sup>. Segundo vários autores, são bons indicadores de RE: a frequência do aluno à escola nos 30 dias que antecedem a pesquisa, o número de reprovações escolares e a autopercepção como estudante<sup>(21,22,23)</sup>.

As dificuldades de adaptação à escola têm vindo a ser referenciadas como uma problemática da sociedade contemporânea, levando, muitas vezes, a comportamentos desviantes, tais como, o abandono escolar<sup>(24,25)</sup>. Ao analisar os dados recolhidos pelo Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação, relativos ao ano lectivo de 2006/2007, verificou-se que a taxa de retenção e desistência no 3º ciclo do ensino básico, em Portugal, foi cerca de 18,4%. Ao observar os dados estatísticos dos últimos dez anos, constatou-se uma dificuldade em contrariar esta problemática, uma vez que os resultados tendem a manter-se<sup>(25,26)</sup>. Estudos revelam que o envolvimento e a adaptação à escola, resultam da interacção dos alunos no contexto escolar em resposta a variáveis ambientais, sendo fundamental para atingir resultados escolares positivos e prevenir comportamentos negativos, como o abandono escolar<sup>(25,27)</sup>.

Pretende-se, com este projecto de investigação, analisar se as dificuldades de interacção social dos adolescentes com SA se traduzem numa QV inferior comparativamente aos adolescentes sem perturbações do desenvolvimento, e se tal se repercute no RE. A escolha do cenário de estudo recaiu sobre a Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA) de Viseu, a Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger (APSA) e a Escola Secundária Afonso de Albuquerque da cidade da Guarda.

## 2 Material e Métodos

### 2.1 Participantes

Este trabalho consiste num estudo observacional descritivo transversal que decorreu entre Outubro de 2010 e Setembro de 2011<sup>(28)</sup>.

Do grupo de Casos fizeram parte adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos, inscritos na APPDA de Viseu ou na APSA, com o diagnóstico clínico de Síndrome de Asperger (baseado nos critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR e/ou CID-10), que deram o seu consentimento verbal para participar no estudo.

O grupo de Controlos foi constituído por adolescentes na faixa etária dos 13 aos 20 anos de idade, que frequentassem o 3º ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º anos de escolaridade) ou o ensino secundário (10º, 11º e 12º anos de escolaridade) da Escola Secundária Afonso de Albuquerque, situada na cidade da Guarda. Para a selecção aleatória dos alunos foi feito um sorteio sistemático (usando uma tabela de números aleatórios) de entre 42 turmas, contribuindo com 12 alunos por cada ano de escolaridade supracitado, perfazendo um total de 72 alunos. Foi critério de inclusão que os adolescentes não fossem portadores, segundo os registos médicos da escola, de perturbação mental, física ou do desenvolvimento, que não estivessem sob nenhum tratamento farmacológico e que dessem o seu consentimento verbal.

A escolha da faixa etária dos 13 aos 20 anos (adolescência média e tardia), excluindo a adolescência precoce (10-12 anos) prendeu-se com a necessidade de os jovens terem uma maturidade psicológica suficiente para compreender e responder ao questionário aplicado (“Questionário de Qualidade de Vida e Rendimento Escolar na Adolescência”).

Os critérios de exclusão, tanto para os casos quanto para os controlos, foram a incapacidade, por parte dos adolescentes, em submeter-se a um questionário escrito, ou a recusa daqueles em participar neste projecto de investigação.

### 2.2 Instrumentos e recolha dos dados

De modo a facilitar a recolha dos dados, foi elaborado um questionário denominado “Questionário de Qualidade de Vida e Rendimento Escolar na Adolescência” (QQVRE-A) (Anexo 5). Este é um questionário anónimo auto-aplicado com 40 questões, estruturado em 3 partes:

- (1) Dados Sociodemográficos dos adolescentes, que incluíram: género (feminino ou masculino), idade e ano de escolaridade (3º ciclo do ensino básico: 7º, 8º e 9º anos; ensino secundário: 10º, 11º ou 12º anos).
- (2) Rendimento Escolar. A variável RE foi operacionalizada, no questionário, por meio de 4 itens que tratavam de obter os indicadores de rendimento académico, a saber: 1) verificar a frequência do aluno à escola nos 30 dias antecedentes ao preenchimento do

questionário, avaliada através do número de faltas (nenhuma a  $\geq 9$ ); 2) pesquisar o número de reprovações escolares (zero a  $\geq 3$ ); 3) determinar em que medida o adolescente se considerava como estudante, i.e., sua autopercepção como aluno, a qual se expressa por meio de uma escala de 5 pontos, com os seguintes extremos 1=*Muito Insuficiente* e 5=*Muito Bom*; e 4) apurar se o aluno estava, ou não, abrangido pela modalidade de Educação Especial.

- (3) Qualidade de Vida. Esta variável de estudo foi avaliada mediante a aplicação de duas escalas. 1) Escala de Satisfação com a Vida (ESCV) (Students' Life Satisfaction Scale, SLSS), que permite avaliar a satisfação global com a vida, através de 7 itens, cada um com 6 possibilidades de resposta, desde 1=*Discordo Completamente* a 6=*Concordo Completamente* (Anexo 4) e; 2) Escala de Qualidade de Vida Abreviada (WHOQOL-BREF), que permite avaliar a QV mediante quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente), num total de 26 questões. Destas, duas são questões gerais de QV (item 1, percepção global de QV; e item 2, percepção global de saúde) e as demais 24 questões compõem os 4 domínios supracitados (Anexo 3).

O instrumento utilizado para analisar a QV e o RE, QQVRE-A, foi facultado aos jovens com SA inscritos na APPDA de Viseu ou na APSA, por e-mail. Após ser preenchido de forma anónima, os adolescentes reenviaram o questionário para a autora deste trabalho. Para obter os dados do grupo de controlos, procedeu-se à distribuição dos questionários aos alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário, da Escola Secundária Afonso de Albuquerque. O QQVRE-A foi entregue a cada aluno, seleccionado aleatoriamente, pelo respectivo professor.

## 2.3 Análise Estatística

Os dados foram submetidos a uma análise estatística através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão para Windows.

No que diz respeito à estatística descritiva, foram determinadas frequências simples, absolutas (n) e relativas (percentagem, %), bem como médias, desvios padrões (DP) e valores mínimo e máximo.

Neste estudo, as correlações foram obtidas pelo Coeficiente de Correlação de Spearman<sup>(26)</sup>, uma vez que a amostra é reduzida, implicando a aplicação de testes não paramétricos para correlacionar as variáveis em estudo; estes testes não estão condicionados por qualquer distribuição de probabilidades dos dados em análise. O valor da correlação é definido como  $\rho$ , [ $\rho = 1$  (Correlação perfeita positiva entre as duas variáveis);  $\rho = -1$  (Correlação perfeita negativa entre as duas variáveis);  $\rho = 0$  (As duas variáveis não dependem linearmente uma da outra)] e, se o seu resultado, em módulo, se situar entre 0 e 0.30, existe uma correlação fraca; entre 0.30 e 0.70, existe uma correlação moderada; e se for superior a 0.70, existe uma correlação forte<sup>(29)</sup>.

## 3 Resultados

### 3.1 Caracterização da amostra

Grupo de Casos. Cinco adolescentes com SA aceitaram participar neste estudo. A idade média daqueles foi de  $17,00 \pm 2,55$ , com idade mínima de 13 e máxima de 20 anos. Tal como indica a tabela 1, a maior parte dos adolescentes pertencia ao género masculino (60%) e encontrava-se no 12º ano de escolaridade (60%).

Grupo de Controlos. Os 12 alunos que frequentavam o 7º ano de escolaridade, por não cumprirem o critério de inclusão relativo à idade (faixa etária dos 13 aos 20 anos), foram excluídos do estudo.

No total, sete questionários não foram devidamente preenchidos (questionários rasurados, itens em branco, itens em que foi assinalada mais que uma hipótese de resposta), num máximo de 2 questionários por cada ano de escolaridade (8º ao 12º ano). Assim, optou-se por excluir 2 questionários por cada ano, com o objectivo de manter o mesmo número de adolescentes, i.e., 10 por ano de escolaridade, perfazendo um total de 50 adolescentes. A idade média do grupo controlo foi de  $15,16 \pm 1,56$ , com idades mínima e máxima de 13 e de 19 anos, respectivamente. A maioria pertencia ao género feminino (52%), vide tabela 1.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Grupos de Casos (adolescentes com SA) e de Controlos

	Casos	Controlos
	n (%)	
Características	5 (100%)	50 (100%)
Género		
Feminino	2 (40%)	26 (52%)
Masculino	3 (60%)	24 (48%)
Idade		
13 anos	1 (20%)	8 (16%)
14 anos	-	12 (24%)
15 anos	-	9 (18%)
16 anos	-	10 (20%)
17 anos	2 (40%)	8 (16%)
18 anos	1 (20%)	2 (4%)
19 anos	-	1 (2%)
20 anos	1 (20%)	-
Média±Desvio Padrão	17,00±2,55	15,16±1,56
(valor mínimo; valor máximo)	(13;20)	(13;19)



Escolaridade		
7º ano	1 (20%)	-
8º ano	-	10 (20%)
9º ano	-	10 (20%)
10º ano	1 (20%)	10 (20%)
11º ano	-	10 (20%)
12º ano	3 (60%)	10 (20%)
Média±Desvio Padrão	10,60±0,98	10,00±1,43
(valor mínimo; valor máximo)	(7;12)	(8;12)

### 3.2 Rendimento Escolar

Grupo de Casos. De acordo com os dados expostos na tabela 2, nenhum dos adolescentes com SA faltou à escola nos últimos 30 dias. O número de reprovações escolares foi, em média,  $0,80 \pm 0,18$ , variando entre um mínimo de zero reprovações e um máximo de 3. Relativamente à autopercepção como estudante, os adolescentes com SA, em média, caracterizaram-se como estudante *Suficiente* ( $3,20 \pm 0,45$ ). Todos os adolescentes ( $n=5$ ) estavam abrangidos pela modalidade de Educação Especial.

Grupo de Controlos. Através da análise da tabela 2, constatou-se que todos os adolescentes frequentaram a escola, cumprindo o horário escolar na íntegra, nos 30 dias antecedentes ao preenchimento do QQVRE-A. O número de reprovações escolares foi, em média,  $0,28 \pm 0,57$ , variando entre zero e duas reprovações. Face à autopercepção como estudante, em média, os adolescentes consideraram-se na categoria de *Bom* ( $3,88 \pm 0,75$ ). Nenhum adolescente deste grupo estava abrangido pela modalidade de Educação Especial.

Tabela 2. Rendimento Escolar dos Grupos de Casos (adolescentes com SA) e de Controlos

	Casos (n=5)	Controlos (n=50)
Características	Média±Desvio Padrão (valor mínimo; valor máximo)	
Rendimento Escolar		
Faltas à escola nos últimos 30 dias	0,00±0,00 (0;0)	0,00±0,00 (0;0)
Nº de Reprovações Escolares	0,80±0,18 (0;3)	0,28±0,57 (0;2)
Auto-avaliação do aluno	3,20±0,45 (3;4)	3,88±0,75 (3;5)
Modalidade de Educação Especial		
Sim [n (%)]	5 (100%)	-
Não [n (%)]	-	50 (100%)

### 3.3 Qualidade de Vida

Grupo de Casos. De acordo com os dados da tabela 3, os adolescentes com SA, em média, *Concordaram Moderadamente* com os seguintes itens da Escala de Satisfação com a Vida: 1) A minha vida está a correr bem ( $4,60\pm0,89$ ); 2) A minha vida é perfeita ( $4,80\pm0,45$ ); 3) Eu gostaria de mudar muitas coisas na minha vida ( $4,60\pm1,52$ ); e 5) Eu tenho uma vida boa ( $4,80\pm0,45$ ). Relativamente aos itens: 4) Eu desejava uma vida diferente ( $3,60\pm1,14$ ); 6) Eu tenho na vida o que quero ( $4,20\pm1,79$ ); e 7) A minha vida é melhor do que a vida da maioria das outras pessoas da minha idade ( $4,00\pm1,23$ ), os alunos com SA *Concordam Pouco*.

No que diz respeito à escala WHOQOL-BREF, os adolescentes apresentaram, em média, uma *Boa* percepção global de QV (item 1,  $4,00\pm0,00$ ) e encontravam-se *Satisfeitos* face à sua percepção global de saúde (item 2,  $4,40\pm0,89$ ). Em relação ao domínio Físico, os adolescentes com SA referiram, em média, que: item 3, a dor os impedia *Muito Pouco* ( $1,60\pm0,89$ ); item 4, necessitavam *Muito Pouco* de algum tratamento médico ( $1,80\pm1,10$ ); item 10, tinham *Muita* energia no seu quotidiano ( $3,60\pm0,55$ ); item 15, tinham *Boa* capacidade de locomoção ( $4,20\pm1,30$ ); item 16, estavam *Satisfeitos* com a sua qualidade de sono ( $4,00\pm1,23$ ); item 17, se apresentavam *Satisfeitos* quanto à sua capacidade de desempenhar as actividades do dia-a-dia ( $3,80\pm0,45$ ); e item 18, se encontravam *Nem Satisfeitos, Nem Insatisfeitos* com a sua capacidade para o trabalho ( $3,40\pm1,14$ ). No domínio Psicológico, os adolescentes, em média, responderam que: item 5, aproveitavam *Bastante* a vida ( $4,00\pm0,00$ ); item 6, a sua vida tinha *Bastante* sentido ( $3,80\pm0,84$ ); item 7, se conseguiam concentrar *Mais ou Menos* ( $3,20\pm0,84$ ); item 11, apresentavam capacidade *Média* de aceitar a sua aparência física ( $3,40\pm1,52$ ); item 19, estavam *Nem Satisfeitos, Nem Insatisfeitos* com os próprios ( $3,40\pm1,34$ ); e item 26, experienciavam *Algumas Vezes* sentimentos negativos ( $2,00\pm0,00$ ). Quanto ao domínio das Relações Sociais, os jovens afirmaram, em média, que: item 20, estavam *Satisfeitos* com as suas relações pessoais ( $3,60\pm0,89$ ); item 21, se sentiam *Insatisfeitos* com a sua vida sexual ( $1,60\pm0,55$ ); e item 22, se encontravam *Nem Satisfeitos, Nem Insatisfeitos* com o apoio recebido dos amigos ( $3,40\pm1,14$ ). No quarto e último domínio referente ao Meio Ambiente, os adolescentes com SA, em média, responderam que: item 8, se sentiam *Mais ou Menos* seguros na vida diária ( $3,20\pm1,30$ ); item 9, o seu ambiente físico é *Mais ou Menos* saudável ( $3,00\pm1,00$ ); item 12, tinham poder monetário *Médio* para satisfação das suas necessidades ( $3,40\pm0,89$ ); item 13, as informações necessárias no dia-a-dia estavam disponíveis num nível *Médio* ( $2,80\pm1,10$ ); item 14, tinham *Muita* oportunidade de realizar actividades de lazer ( $3,60\pm0,89$ ); item 23, estavam *Muito Satisfeitos* com as condições da sua habitação ( $4,80\pm0,45$ ); item 24, se encontravam *Satisfeitos* com o acesso aos serviços de saúde ( $4,20\pm1,30$ ); e item 25, estavam *Muito Satisfeitos* com o seu meio de transporte ( $5,00\pm0,00$ ).

Grupo de Controlos. Segundo a tabela 3, os adolescentes sem perturbação mental, física ou do desenvolvimento conhecida, em média, *Concordaram Moderadamente* com os itens 1 e 5 da ESCV ( $4,94\pm0,94$  e  $4,98\pm0,94$ , respectivamente); *Concordaram Pouco* com os itens 2

(4,12±1,52), 3 (4,16±1,28), 6 (4,26±1,29) e 7 (4,04±1,43); e *Discordaram Pouco* com o item 4) Eu desejava uma vida diferente (2,96±1,69).

Pela escala WHOQOL-BREF, denota-se que os adolescentes, em média, apresentaram uma *Boa* percepção global de QV (item 1, 4,02±0,62) e referiram estar *Satisfeitos* quanto à percepção global de saúde (item 2, 4,14±0,90). Relativamente ao domínio Físico, os alunos afirmaram, em média, que: item 3, a dor os impedia *Muito Pouco* (2,38±0,99); item 4, necessitavam *Nada* de tratamento médico (1,44±0,68); item 10, tinham *Muita* energia no dia-a-dia (4,26±0,63); item 15, tinham *Boa* capacidade de se locomover (4,38±0,75); item 16, estavam *Satisfeitos* quanto ao seu sono (3,62±0,95); item 17, se apresentavam *Satisfeitos* quanto à sua capacidade de desempenhar as actividades diárias (4,06±0,65); item 18, se encontravam *Satisfeitos* com a sua capacidade para o trabalho (3,86±0,70). Quanto ao domínio Psicológico, os adolescentes, em média, responderam que: item 5, aproveitavam *Bastante* a vida (4,16±0,74); item 6, a sua vida tinha *Bastante* sentido (3,86±0,88); item 7, se conseguiam concentrar *Bastante* (3,50±0,86); item 11, apresentavam *Muita* capacidade para aceitar a sua aparência física (3,90±0,91); item 19, estavam *Satisfeitos* com os próprios (3,90±0,86); item 26, experienciavam *Algumas Vezes* sentimentos negativos (2,20±0,67). Face ao domínio das Relações Sociais, os mesmos afirmaram, em média, que: item 20, estavam *Satisfeitos* com as suas relações pessoais (4,16±0,77); item 21, se sentiam *Satisfeitos* com a sua vida sexual (3,60±1,34); item 22, se encontravam *Satisfeitos* com o apoio recebido dos amigos (4,20±0,70). No domínio Meio Ambiente, os adolescentes, em média, responderam que: item 8, se sentiam *Bastante* seguros na vida diária (3,74±0,90); item 9, o seu ambiente físico é *Bastante* saudável (3,86±0,78); item 12, tinham *Muito* dinheiro para satisfação das suas necessidades (3,98±0,87); item 13, as informações necessárias no dia-a-dia estavam *Muito* disponíveis (4,18±0,69); item 14, tinham *Muita* oportunidade de realizar actividades de lazer (3,94±0,74); item 23, estavam *Satisfeitos* com as condições do local onde moravam (4,42±0,61); item 24, se encontravam *Satisfeitos* com o acesso aos serviços de saúde (4,14±0,83); item 25, estavam *Satisfeitos* com o seu meio de transporte (4,20±0,90).

Tabela 3. Qualidade de Vida dos Grupos de Casos (adolescentes com SA) e de Controlos, avaliada através das escalas ESCV e WHOQOL-BREF

	Casos (n=5)	Controlos (n=50)
Qualidade de Vida	Média±Desvio Padrão (valor mínimo; valor máximo)	
ESCV		
1. A minha vida está a correr bem	4,60±0,89 (3;5)	4,94±0,94 (2;6)
2. A minha vida é perfeita	4,80±0,45 (4;5)	4,12±1,52 (1;6)
3. Eu gostaria de mudar muitas coisas na minha vida	4,60±1,52 (2;6)	4,16±1,28 (1;6)
4. Eu desejava uma vida diferente	3,60±1,14 (2;5)	2,96±1,69 (1;6)
5. Eu tenho uma vida boa	4,80±0,45 (4;5)	4,98±0,94 (1;6)
6. Eu tenho na vida o que quero	4,20±1,79 (1;5)	4,26±1,29 (1;6)

7. A minha vida é melhor do que a vida da maioria das outras pessoas da minha idade	4,00±1,23 (2;5)	4,04±1,43 (1;6)
<b>WHOQOL-BREF</b>		
1. Como você avaliaria a sua vida?	4,00±0,00 (4;4)	4,02±0,62 (3;5)
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	4,40±0,89 (3;5)	4,14±0,90 (1;5)
<b>Domínio 1 - Físico</b>		
3. Em que medida você acha que a sua dor impede você de fazer o que você precisa? *	1,60±0,89 (1;3)	2,38±0,99 (1;5)
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária? *	1,80±1,10 (1;3)	1,44±0,68 (1;3)
10. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	3,60±0,55 (3;4)	4,26±0,63 (3;5)
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	4,20±1,30 (2;5)	4,38±0,75 (3;5)
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	4,00±1,23 (2;5)	3,62±0,95 (1;5)
17. Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	3,80±0,45 (3;4)	4,06±0,65 (3;5)
18. Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	3,40±1,14 (2;5)	3,86±0,70 (2;5)
<b>Domínio 2 - Psicológico</b>		
5. O quanto você aproveita a vida?	4,00±0,00 (4;4)	4,16±0,74 (2;5)
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	3,80±0,84 (3;5)	3,86±0,88 (1;5)
7. O quanto você se consegue concentrar?	3,20±0,84 (2;4)	3,50±0,86 (2;5)
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,40±1,52 (1;5)	3,90±0,91 (1;5)
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	3,40±1,34 (1;4)	3,90±0,86 (2;5)
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? *	2,00±0,00 (2;2)	2,20±0,67 (1;4)
<b>Domínio 3 - Relações Sociais</b>		
20. Quão satisfeito(a) você está com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3,60±0,89 (3;5)	4,16±0,77 (2;5)

21. Quanto satisfeito(a) você está com a sua vida sexual?	1,60±0,55 (1;2)	3,60±1,34 (1;5)
22. Quanto satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	3,40±1,14 (2;5)	4,20±0,70 (2;5)
<b>Domínio 4 - Meio Ambiente</b>		
8. Quanto seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3,20±1,30 (1;4)	3,74±0,90 (1;5)
9. Quanto saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,00±1,00 (2;4)	3,86±0,78 (2;5)
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	3,40±0,89 (2;4)	3,98±0,87 (2;5)
13. Quanto disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	2,80±1,10 (1;4)	4,18±0,69 (3;5)
14. Em que medida você tem oportunidade de realizar actividades de lazer?	3,60±0,89 (2;4)	3,94±0,74 (2;5)
23. Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	4,80±0,45 (4;5)	4,42±0,61 (3;5)
24. Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	4,20±1,30 (2;5)	4,14±0,83 (2;5)
25. Quanto satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	5,00±0,00 (5;5)	4,20±0,90 (2;5)

\*itens formulados negativamente (pontuação revertida; 1=5 e 5=1)

### 3.4 Correlações

Na tabela 4, estão expostos os resultados das correlações obtidas entre as duas variáveis de estudo, QV e RE. Em relação ao RE, o único item correlacionável foi o correspondente à auto-avaliação do estudante.

Grupo de Casos. Nenhuma das correlações entre QV e RE se mostrou estatisticamente significativa.

Grupo de Controlos. Obtiveram-se inúmeras correlações, com significado estatístico, entre QV e RE. Quanto à QV, avaliada pela ESCV, encontraram-se as seguintes correlações: a) correlação negativa fraca ( $p=-0,299$ ) entre o desejo de uma vida diferente (item 4) e o RE; b) correlação positiva moderada ( $p=0,453$ ) entre a percepção de uma vida boa (item 5) e o RE; e c) correlação positiva fraca ( $p=0,281$ ) entre a percepção da vida como sendo melhor do que a da maioria das outras pessoas da mesma idade (item 7) e o RE. No que diz respeito à QV estimada pela WHOQOL-BREF, encontraram-se correlações positivas moderadas entre o RE e

a) percepção global de QV (item 1),  $p=0,431$ ; b) capacidade de concentração (item 7),  $p=0,406$ ; c) sentimento de segurança na vida diária (item 8),  $p=0,369$ ; d) percepção do ambiente físico como salutar (item 9),  $p=0,321$ ; e) capacidade de aceitar a aparência física (item 11),  $p=0,441$ ; f) capacidade monetária suficiente para satisfazer as necessidades (item 12),  $p=0,324$ ; g) disponibilidade de informação necessária no quotidiano (item 13),  $p=0,401$ ; h) capacidade de locomoção (item 15),  $p=0,356$ ; i) capacidade de desempenhar as actividades diárias (item 17),  $p=0,403$ ; j) capacidade para o trabalho (item 18),  $p=0,317$ ; e k) satisfação com o meio de transporte (item 25),  $p=0,365$ .

Tabela 4. Correlação entre Rendimento Escolar e Qualidade de Vida nos Grupos de Casos (adolescentes com SA) e de Controlos

		Rendimento Escolar	
		Auto-avaliação do aluno	
Coeficiente de Correlação de Spearman (Sig. valor)			
Qualidade de Vida		Casos	Controlos
ESCV (7 itens)			
1		0,250 (0,685)	0,006 (0,964)
2		0,250 (0,685)	0,034 (0,813)
3		-0,791 (0,111)	-0,182 (0,206)
4		0,181 (0,770)	<b>-0,299 (0,035)*</b>
5		0,250 (0,685)	<b>-0,453 (0,001)**</b>
6		0,250 (0,685)	0,110 (0,449)
7		0,559 (0,327)	<b>0,281 (0,048)*</b>
WHOQOL-BREF (26 itens)			
1		-	<b>0,431 (0,002)**</b>
2		0,395 (0,510)	0,091 (0,531)
3		-0,395 (0,510)	0,088 (0,544)
4		-0,408 (0,495)	-0,028 (0,845)
5		-	0,046 (0,750)
6		-0,559 (0,327)	0,198 (0,168)
7		-0,186 (0,764)	<b>0,406 (0,003)**</b>
8		0,395 (0,510)	<b>0,369 (0,008)**</b>
9		0,000 (1,000)	<b>0,321 (0,023)*</b>
10		0,408 (0,495)	0,233 (0,103)
11		0,181 (0,770)	<b>0,441 (0,001)**</b>
12		0,395 (0,510)	<b>0,324 (0,022)*</b>
13		0,000 (1,000)	<b>0,401 (0,004)**</b>
14		0,250 (0,685)	0,270 (0,057)
15		0,395 (0,510)	<b>0,356 (0,011)*</b>
16		0,559 (0,327)	-0,087 (0,546)
17		0,250 (0,685)	<b>0,403 (0,004)**</b>
18		-0,181 (0,770)	<b>0,317 (0,025)*</b>
19		0,250 (0,685)	0,238 (0,096)
20		-0,395 (0,510)	0,140 (0,333)
21		0,408 (0,495)	-0,075 (0,603)
22		-0,181 (0,770)	0,142 (0,324)

23	0,250 (0,685)	-0,078 (0,589)
24	0,395 (0,510)	0,215 (0,134)
25	-	<b>0,365 (0,009)**</b>
26	-	0,054 (0,710)

---

\*Correlação positiva fraca, com um nível de significância de 0.05

\*\* Correlação positiva moderada com um nível de significância de 0.01

## 4 Discussão

É evidente, através da literatura, que tem havido um recente aumento do interesse em identificar aspectos de QV, em indivíduos com alguma deficiência<sup>(30)</sup>. A literatura também revela disparidades frequentes nas percepções de QV entre os indivíduos com deficiência e seus pares sem deficiência, assim como entre indivíduos com deficiência e seus pais e/ou cuidadores<sup>(30)</sup>. Este estudo representou um primeiro passo no engrandecimento da literatura por incluir adolescentes com SA; proporcionou igualmente dados preliminares comparando a QV de adolescentes com e sem SA.

À luz da ciência, o SA é mais prevalente no sexo masculino<sup>(6)</sup>, premissa corroborada neste estudo, em que a maioria dos adolescentes com SA pertencia ao género masculino (60%). O autor Woodbury-Smith et al, num estudo em indivíduos com SA, obteve uma relação entre géneros de 4:1 (masculino:feminino)<sup>(31)</sup>; no presente trabalho, a relação foi de 3:2.

A idade média dos adolescentes com SA foi de 17,00±2,55 anos. Valor semelhante foi encontrado na literatura, em que o grupo de estudo era composto por adolescentes com SA (idade média 16,87±1,93 anos)<sup>(30)</sup>.

**Qualidade de Vida.** Neste estudo, os adolescentes com SA não demonstraram um prejuízo significativo na sua QV global, comparativamente aos adolescentes do grupo controlo.

Através dos resultados obtidos pela ESCV, verificou-se que a QV dos adolescentes com SA foi sobreponível à dos controlos, com ligeiras diferenças verificadas apenas em 3 dos 7 itens da escala (item 2, A minha vida é perfeita; item 3, Eu gostaria de mudar muitas coisas na minha vida; item 4, eu desejava uma vida diferente).

Analisando os resultados obtidos pela escala de QV, WHOQOL-BREF, verificou-se que os adolescentes com SA apresentaram uma *Boa* percepção global de QV e se encontraram *Satisfeitos* face à sua percepção global de saúde, tal como se constatou nos jovens do grupo controlo. Pequenas diferenças foram encontradas entre casos e controlos, relativamente aos domínios Físico, Psicológico, das Relações Sociais e do Meio Ambiente, em que os adolescentes com SA apresentaram, no geral, scores menores. Jennes-Coussens et al, ao comparar scores de QV da mesma escala (WHOQOL-BREF), entre 12 adolescentes/adultos jovens com SA e 13 jovens na mesma faixa de idades sem perturbação do desenvolvimento, concluiu que o grupo com SA apresentou uma QV global menor que o grupo controlo, com diferenças significativas nos domínios Físico e das Relações Sociais<sup>(14)</sup>.

**Domínio Físico.** Neste domínio, encontraram-se diferenças entre casos e controlos ao nível da necessidade de algum tratamento médico na vida diária e da capacidade para o trabalho, tendo os adolescentes com SA apresentado, em média, piores scores. Em relação à qualidade de sono, neste estudo, não se encontraram diferenças significativas entre casos e controlos, ao contrário do relatado na literatura. Segundo Cortesi F et al, adolescentes com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) sofrem de problemas de sono, particularmente insónia, a uma taxa maior do que crianças com desenvolvimento típico, variando de 40 a



80%<sup>(32)</sup>. A identificação e o tratamento de distúrbios do sono podem resultar não só numa melhoria deste, mas também num impacto favorável sobre o comportamento diurno e o funcionamento familiar e escolar<sup>(32)</sup>.

**Domínio Psicológico.** Os adolescentes com SA apresentaram, em média, menores scores nas capacidades de concentração e de aceitar a sua aparência física, e na auto satisfação, comparativamente com o grupo controlo. O grupo de estudo (casos) referiu experienciar *Algumas Vezes* sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão; o mesmo foi referido pelos adolescentes do grupo controlo. Em outros estudos tem sido amplamente relatado que indivíduos com SA manifestam taxas elevadas de perturbações de humor, como ansiedade e depressão<sup>(33,34)</sup>. Segundo Whitehouse A et al, os adolescentes com SA referem igualmente maior sintomatologia depressiva do que o grupo controlo<sup>(35)</sup>.

**Domínio das Relações Sociais.** Os adolescentes do grupo de casos demonstraram pior qualidade relativamente à satisfação com a sua vida sexual e com o apoio recebido de seus amigos, quando comparados com os jovens sem perturbações conhecidas. Segundo diversos autores, e como é de prever pelas características inerentes do SA, adolescentes com esta perturbação relataram pior qualidade face às suas amizades do que o grupo com desenvolvimento típico<sup>(35)</sup>. Indivíduos com SA, na adolescência, referiram níveis mais elevados de solidão que o grupo controlo, fase da vida durante a qual as relações entre pares são especialmente importantes<sup>(35,36)</sup>.

**Domínio Meio Ambiente.** Os adolescentes com SA, em média, citaram menor qualidade quanto à segurança diária sentida, ao seu ambiente físico, às suas posses económicas e à disponibilidade de informações necessárias, comparativamente aos jovens que integraram o grupo controlo. Estas pequenas discrepâncias quanto à QV podem ser atribuídas a efeitos ambientais de stress, pelo facto de serem adolescentes com uma PGD, i.e.: com comportamento difícil, obsessivo e/ou ritualístico; com habilidades sociais limitadas e com alguma necessidade de assistência nas suas actividades da vida diária; com problemas e experiências stressantes no ambiente escolar; com preocupações acerca do futuro, tais como condições de vida e sexualidade; e pela dificuldade e/ou morosidade em obter um diagnóstico definitivo e correcto. Mugno et al, enumera estes e outros efeitos ambientais de stress como justificativos de piores scores de QV, no domínio Meio Ambiente da escala WHOQOL-BREF, em pais de crianças e adolescentes com PEA (incluindo SA) relativamente a pais de jovens sem qualquer perturbação<sup>(13)</sup>.

**Rendimento Escolar.** O número de reprovações escolares dos adolescentes com SA foi, em média,  $0,80 \pm 0,18$ , valor superior comparativamente ao verificado nos adolescentes do grupo controlo ( $0,28 \pm 0,57$ ). Relativamente à autopercepção como estudante, os adolescentes com SA, em média, caracterizaram-se como estudante *Suficiente*, ao passo que, os jovens do grupo controlo, se auto-classificaram, em média, como *Bons*.

Apenas o facto de se ser diferente, pode contribuir para uma pior adaptação à escola e ao seu ambiente. Vários investigadores concluíram existir uma relação entre a adaptação escolar e o desempenho académico dos alunos, em que quanto pior a adaptação, pior o RE<sup>(37,38)</sup>.

Na literatura, poucos estudos avaliam o efeito de uma PEA no RE. Contudo, há estudos que avaliam o efeito de outras perturbações, como a depressão, no RE. Atienza F et al considerou que a depressão pode atingir todas as áreas de funcionamento do indivíduo e, no caso de crianças e de adolescentes, é de especial interesse a sua relação com o RE<sup>(39)</sup>. Uma criança deprimida poderá apresentar desinteresse escolar, dificuldades de atenção e de concentração, que podem, por sua vez, influenciar o RE<sup>(39)</sup>. Outro autor, Cruvinel M, afirmou que a depressão influencia negativamente a aprendizagem dos jovens, que passam a demonstrar desinteresse pelas tarefas escolares; a depressão interfere nas suas funções cognitivas, tais como atenção, concentração, memória e raciocínio, afectando negativamente o RE<sup>(40)</sup>.

**Correlações entre QV e RE.** No grupo de adolescentes com SA não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre as duas variáveis estudadas. Tal facto pode ser explicado pelo reduzido tamanho da amostra.

No grupo de adolescentes que integraram o grupo de controlos, encontraram-se correlações estatisticamente significativas entre QV e RE, a citar: 1) correlação negativa fraca entre o desejo de uma vida diferente e o RE, i.e., à medida que a vontade de ter uma vida diferente aumenta, o RE diminui; 2) correlação positiva moderada entre a percepção de uma vida boa e o RE, o que significa que os jovens conscientes de que têm uma vida melhor têm melhor desempenho académico; 3) correlação positiva fraca entre a percepção da vida como sendo melhor do que a da maioria das outras pessoas da mesma idade e o RE, ou seja, os adolescentes que consideram que a sua vida tem mais qualidade do que a das outras pessoas da mesma idade, têm melhor RE; 4) correlação positiva moderada entre percepção global de QV e o RE, tal significando que, ao aumentar a percepção global do aluno face à sua QV, aumenta o seu rendimento; 5) correlação positiva moderada entre a capacidade de concentração e o RE, i.e., melhor RE é obtido em jovens com maior capacidade de concentração; 6) correlação positiva moderada entre o sentimento de segurança na vida diária e o RE, tal significa que os adolescentes que se sentem mais seguros obtêm melhor RE; 7) correlação positiva moderada entre a percepção do seu ambiente físico como saudável e o RE, ou seja, quanto mais salutar o aluno considera o seu ambiente, maior o seu RE; 8) correlação positiva moderada entre a capacidade de aceitar a aparência física e o RE, então, os adolescentes que se aceitam tal como são fisicamente, apresentam melhores resultados académicos; 9) correlação positiva moderada entre a capacidade financeira suficiente para satisfazer as necessidades e o RE, o que significa que, quanto maior o poder económico maior o RE; 10) correlação positiva moderada entre a disponibilidade de informação necessária no quotidiano e o RE, i.e., quanto mais informação disponível melhor RE apresenta o aluno; 11) correlação positiva moderada entre a capacidade de locomoção e o RE, ou seja, quando a

capacidade de se locomover é melhor, o RE é igualmente melhor; 12) correlação positiva moderada entre a capacidade de desempenhar as actividades diárias e o RE, o que significa que os adolescentes com maior aptidão para realizar as tarefas diárias apresentam maior RE; 13) correlação positiva moderada entre a capacidade para o trabalho e o RE, ou seja, quanto maior capacidade laboral apresentarem os alunos, melhor o seu rendimento; 14) correlação positiva moderada entre a satisfação com o seu meio de transporte e o RE, i.e., os alunos com maior satisfação com o seu meio de deslocação têm maior RE. Estas relações demonstram que a QV, na adolescência, influi nas mais diversas áreas da vida, nomeadamente no rendimento académico.

**Limitações.** Este estudo apresentou algumas limitações, tais como o tamanho da amostra e o tempo de estudo.

O reduzido tamanho da amostra de adolescentes com SA (casos) e o facto de esta não ser seleccionada aleatoriamente, contribuíram para que não fosse representativa da população de adolescentes com SA e, como tal, é possível que pequenas diferenças na QV e no RE, entre o grupo de casos e o de controlos, possam passar despercebidas com este trabalho.

Neste projecto de investigação, não foram tidos em consideração importantes factores que possivelmente afectam a QV, como o status sócio-económico familiar do adolescente. De igual modo, não foram avaliadas as diferentes opções terapêuticas disponíveis para o adolescente com SA que, em certa medida, podem contribuir para uma melhor ou pior QV e, assim, influenciar o aproveitamento escolar destes jovens.

É provável que a faixa etária escolhida (13 aos 20 anos de idade) constitua outra limitação, pelo facto de a adolescência ser uma fase da vida que, por si só, pode influenciar a forma como o jovem percepção a sua QV e influir, adicionalmente, no RE.

O instrumento utilizado (QQVRE-A) para a colecta de dados foi enviado aos adolescentes do grupo de casos via e-mail, ao passo que aos adolescentes do grupo de controlos, foi entregue pessoalmente; esta diferença no método de aplicação e recolha dos dados pode ter contribuído, de certa forma, para as diferenças verificadas entre o grupo de casos e o de controlos. São limitações inerentes a qualquer questionário, o facto de este proporcionar resultados críticos face à objectividade, pois os itens que o integram podem ter significado diferente para cada sujeito; e o facto de não se ter em consideração as circunstâncias em que aquele foi respondido.

Apesar das limitações supracitadas, este estudo é um dos primeiros a avaliar a Qualidade de Vida e o Rendimento Escolar em adolescentes com SA.

## 5 Conclusão

Até à data, poucos estudos têm sido realizados no nosso país no âmbito do Síndrome de Asperger, pelo que, este estudo foi pioneiro ao abordar esta temática.

A idade média dos adolescentes com SA foi de  $17,00 \pm 2,55$  anos, sendo a maioria do género masculino (60%).

**Qualidade de Vida.** Através deste trabalho, concluiu-se que os adolescentes com SA não demonstraram um prejuízo significativo na sua QV global, comparativamente aos adolescentes do grupo controlo.

**Rendimento Escolar.** Os adolescentes com SA, neste trabalho, apresentaram um número de reprovações escolares superior, comparativamente ao verificado nos adolescentes sem qualquer perturbação conhecida. Quanto à autopercepção como estudantes, os jovens do grupo de casos classificaram-se numa categoria inferior relativamente aos jovens do grupo de controlos (*Suficiente* e *Bom*, respectivamente).

**Correlações entre QV e RE.** Entre os adolescentes com SA, não se encontraram correlações estatisticamente significativas. Como tal, não foi possível corroborar nem refutar a hipótese inicialmente formulada, de que a QV se repercutia no RE dos adolescentes com SA. Na opinião da autora, este estudo deverá constituir um ponto de partida para projectos futuros de maior dimensão, que permitam avaliar a hipótese supracitada.

Nos adolescentes sem perturbação, que constituem o grupo de controlos, encontraram-se correlações com significado estatístico entre o RE e 3 dos 7 itens da ESCV, e entre aquele e 11 dos 26 itens da escala WHOQOL-BREF. No geral, ao aumentar a percepção de qualidade quanto aos determinantes de QV, aumenta o RE.

O QQVRE-A é um instrumento que engloba os principais parâmetros de avaliação da QV e RE. Ao permitir uma recolha fácil e sistemática dos dados, este questionário poderia, no futuro, ser utilizado com o objectivo de realizar estudos mais abrangentes.

Em suma, este estudo contribui para uma maior compreensão do sucesso e insucesso educativos dos adolescentes. A adaptação escolar pode ser um factor chave para que os alunos obtenham melhores classificações escolares, evitando a vivência de retenções. Assim, será importante que as escolas continuem a investir na interacção do aluno no espaço escolar, proporcionem actividades que incentivem a interligação de toda a comunidade escolar e encarregados de educação, proporcionem dinâmicas entre alunos de vários anos, e fomentem a pertença dos alunos à escola. Investindo na adaptação dos alunos, a comunidade educativa estará a contribuir para que estes obtenham melhores resultados escolares, mas acima de tudo contribuirá para o bem-estar e equilíbrio de todos os jovens.

## Bibliografia

1. Gadia C, Tuchman R, Rotta N. Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. *Jornal de Pediatria* 2004; 80(2).
2. American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC, APA 2000; 4ed (DSM-IV-TR)
3. Borges M, Shinohara H. Síndrome de Asperger em paciente adulto: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 2007; 3(1):42-52.
4. WHO, World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO 1993
5. Kuhlthau K, Orlich F, Hall T, Sikora D, Kovacs E, Delahaye J et al. Health-Related Quality of Life in Children with Autism Spectrum Disorders: Results from the Autism Treatment Network. *J Autism Dev Disord* 2010; 40:721-729.
6. Oliveira G. *Epidemiologia das Perturbações do Espectro do Autismo em Portugal: prevalência, caracterização clínica e condições médicas associadas numa população infantil*. Tese de Doutoramento 2005. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
7. Teixeira P. *Síndrome de Asperger* 2005.  
Disponível em: URL: <http://www.psicologia.com.pt/newsletter/62/index.htm>
8. Allik H, Larsson J, Smedje H. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006; 4(1).
9. Bauer S. *Asperger Syndrome - through the lifespan*. The Developmental Unit, Genesee Hospital Rochester. New York 1995.
10. Whitehouse A, Durkin K, Jaquet E, Ziatas K. Friendship, loneliness and depression in adolescents with Asperger's Syndrome. *Journal of adolescence* 2009; 32, 309-322.
11. Amaral, J. *Tratado de Clínica Pediátrica*. ABBOTT 2008. 1(8):215-226.
12. Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1).

13. Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5:22.
14. Jennes-Coussens M, Magill-Evans J, Konin C. The quality of life of young men with Asperger syndrome. *Autism* 2006; 10(4), 403-414
15. Grupo WHOQOL. Versão em Português dos instrumentos de avaliação da Qualidade de vida. Organização Mundial de Saúde, Divisão de Saúde Mental 1998.
16. Massola R, Vilarta R. Análise da Qualidade de Vida dos Participantes do grupo de alimentação saudável do Funcamp. Campinas, IPES Editorial 2007.
17. Marques S, Ribeiro J, Lopez S. Validation of a Portuguese Version of the Students' Life Satisfaction Scale. *Quality of Life* 2007; 2:83-94.
18. Huebner E. Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research* 2004; 66:3-33.
19. Peixoto M. Auto-estima, inteligência e sucesso escolar (auto-conceito académico, aspiração - expectativa académica, atitude face ao estudo e à ocupação. Braga, Edições APPCDM 1999.
20. Costa M. A compreensão leitora e o rendimento escolar: um estudo com alunos do 4º ano de escolaridade. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho 2004.
21. Tavares B, Béria J, Lima M. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2):150-158.
22. Formiga N. O tipo de orientação cultural e sua influência sobre os indicadores do rendimento escolar. *Psicologia: Teoria e Prática* 2004; 6(1):13-29.
23. Nobre A, Janeiro I. Questionário de Adaptação Escolar e Rendimento Escolar - um estudo de relação. Universidade do Minho 2010: 3024-3032.
24. Ruffolo M. Enhancing Skills of Students Vulnerable to Underachievement and Academic Failure. Oxford, University Press 2006.

25. Nobre A, Janeiro I. Questionário de Adaptação Escolar e Rendimento Escolar - um estudo de Relação. Universidade do Minho 2010. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia:3024-3032.
26. Ministério da Educação/ Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação. Educação em Números. Ministério da Educação 2008.
27. Blumenfeld P, Modell J, Bartko W, Secada W, Fredricks J, Friedel J et al. Development Pathways Through Middle Childhood: rethinking contexts and diversity as resources. London, Psychology Press 2005.
28. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Epidemiologia Básica. ENSP 2003.
29. Maroco J. Análise Estatística - Com utilização do SPSS. 3ª ed. Edições Sílabo 2007.
30. Burgess S, Turkstra L. Quality of Communication Life in Adolescents With High-Functioning Autism and Asperger Syndrome: a Feasibility Study. Language, Speech, and Hearing Services in Schools 2010; 41:474-487.
31. Woodbury-Smith M, Robinson J, Wheelwright S, Baron-Cohen S. Screening Adults for Asperger Syndrome Using the AQ: A Preliminary Study of its Diagnostic Validity in Clinical Practice. Journal of Autism and Developmental Disorders 2005; 35(3).
32. Cortesi F, Giannotti F, Ivanenko A, Johnson K. Sleep in children with autistic spectrum disorder. Sleep Medicine 2010; 11:659-664.
33. Kim J, Szatmari P, Bryson S, Streiner D, Wilson F. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. Autism 2000; 4:117-132.
34. Sofronoff K, Attwood T, Hinton S. A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2005; 46:1152-1160.
35. Whitehouse A, Durkin K, Jaquet E, Ziatas K. Friendship, loneliness and depression in adolescents with Asperger's Syndrome. Journal of Adolescence 2009; 32:309-322.
36. Bauminger N, Kasari C. Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. Child Development 2000; 71:447-456.

37. Tucker C, Zayco R, Herman K, Reinke W, Trujillo M, Carraway K et al. Teacher and child variables as predictors of academic engagement among low-income African American children. *Psychology in the Schools* 2002; 39:477-488.
38. Chen J. Relation of academic support from parents, teachers, and peers to Hong Kong adolescents' academic achievement: The mediating role of academic engagement. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 2005; 131:77-127.
39. Atienza F, Cuesta M, Galán S. Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. *Revista Psiquiatria.com* 2002; 6(2).
40. Cruvinel M, Boruchovitch E. Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. *Psicologia Educacional* 2003; 7:77-84.



## Anexos

## **Anexo 1. DSM-IV, Síndrome de Asperger**

DSM-IV-TR ( F84.5 )	<p>A. Défice qualitativo da interacção social manifestado pelo menos por 2 das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como: contacto olhos nos olhos, postura corporal e gestos reguladores da interacção social</li> <li>2. incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento</li> <li>3. ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objectos (por exemplo, não mostrar, trazer ou indicar objectos de interesse)</li> <li>4. falta de reciprocidade social ou emocional</li> </ol>
	<p>B. Padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados, que se manifestam pelo menos por <b>uma</b> das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no objectivo</li> <li>2. adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais</li> <li>3. maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir ou rodar as mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo)</li> <li>4. preocupação persistente com partes de objectos</li> </ol>
	<p>C. A perturbação produz um défice clinicamente significativo da actividade social, laboral ou de outras áreas importantes do funcionamento</p>
	<p>D. Não há um atraso geral da linguagem clinicamente significativo (por exemplo, uso de palavras simples aos 2 anos de idade, frases comunicativas aos 3 anos de idade)</p>
	<p>E. Não há atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento das aptidões de auto-ajuda próprias da idade, no comportamento adaptativo (distinto da interacção social) e na curiosidade acerca do meio ambiental durante a infância</p>
	<p>F. Não preenche os critérios para outra Perturbação Global do Desenvolvimento ou Esquizofrenia</p>

## **Anexo 2. CID-10, Síndrome de Asperger**

<p><i>Síndrome de Asperger</i> ( F84.5 )</p>	<p>Transtorno de validade nosológica incerta, caracterizado por uma alteração qualitativa das interacções sociais recíprocas, semelhante à observada no autismo, com um repertório de interesses e actividades restrito, estereotipado e repetitivo. Ele se diferencia do autismo essencialmente pelo facto de que não se acompanha de um retardo ou de uma deficiência de linguagem ou do desenvolvimento cognitivo.</p> <p>Os sujeitos que apresentam este transtorno são em geral muito desajeitados. As anomalias persistem frequentemente na adolescência e idade adulta.</p> <p>O transtorno acompanha-se, por vezes, de episódios psicóticos no início da idade adulta.</p> <p>Psicopatia Autística.</p> <p>Transtorno esquizóide da infância.</p>
--	---

### **Anexo 3. WHOQOL-BREF**

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
1.	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2.	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3.	Em que medida você acha que a sua dor impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4.	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5.	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6.	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7.	O quanto você se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8.	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9.	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10.	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11.	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12.	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13.	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14.	Em que medida você tem oportunidades de realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Bom	Bom	Muito Bom
15.	Quão bem você é capaz de se	1	2	3	4	5

	locomover?					
--	------------	--	--	--	--	--

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16.	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17.	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18.	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19.	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20.	Quão satisfeito(a) você está com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21.	Quão satisfeito(a) você está com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23.	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24.	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25.	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

		Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26.	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5



## **Anexo 4. Escala de Satisfação com a Vida (ESCV)**

1. A minha vida está a correr bem

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
------------------------	---------------------------	-------------------	-------------------	---------------------------	------------------------

2. A minha vida é perfeita

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
------------------------	---------------------------	-------------------	-------------------	---------------------------	------------------------

3. Eu gostaria de mudar muitas coisas na minha vida

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
------------------------	---------------------------	-------------------	-------------------	---------------------------	------------------------

4. Eu desejava uma vida diferente

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
------------------------	---------------------------	-------------------	-------------------	---------------------------	------------------------

5. Eu tenho uma vida boa

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
------------------------	---------------------------	-------------------	-------------------	---------------------------	------------------------

6. Eu tenho na vida o que quero

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
------------------------	---------------------------	-------------------	-------------------	---------------------------	------------------------

7. A minha vida é melhor do que a vida da maioria das outras pessoas da minha idade

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
------------------------	---------------------------	-------------------	-------------------	---------------------------	------------------------

**Anexo 5. Questionário de Qualidade de Vida e Rendimento  
Escolar na Adolescência (QQVRE-A)**

## Questionário de Qualidade de Vida e Rendimento Escolar na Adolescência

Cardoso, Ana P. S., aluna do 6ºano da Licenciatura com Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, e no âmbito da elaboração da Tese de Mestrado em ***Perturbações Globais do Desenvolvimento***, pede a sua colaboração no preenchimento do questionário anexo, indispensável à realização do Projecto de Investigação intitulado “*Síndrome de Asperger: Qualidade de vida na Adolescência*”, segundo o qual pretende avaliar a Qualidade de Vida e o Rendimento Escolar em adolescentes com diagnóstico clínico de Síndrome de Asperger (casos) e adolescentes sem perturbação neuro-psiquiátrica conhecida (controles).

Serão asseguradas a confidencialidade e privacidade de todos os dados disponibilizados, orais ou escritos, bem como o anonimato do titular dos mesmos.

### I. Identificação do Adolescente

Género: Feminino ☐ Masculino ☐

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_ ano

### II. Rendimento Escolar

1. Faltas à escola nos últimos 30 dias

Nenhuma	1 a 3	4 a 8	≥ 9
---------	-------	-------	-----

2. N° de reprovações escolares

0	1	2	≥ 3
---	---	---	-----

3. Auto-avaliação do aluno (escala de 1-5)

1 (Muito Insuficiente)	2 (Insuficiente)	3 (Suficiente)	4 (Bom)	5 (Muito Bom)
---------------------------	---------------------	-------------------	------------	------------------

4. Aluno abrangido pela modalidade de Educação Especial: Sim ☐ Não ☐

### III. Qualidade de Vida

#### **Escala de Satisfação com a Vida**

*Gostaria de saber que pensamentos tem tido acerca da sua vida durante as últimas semanas*

1. A minha vida está a correr bem

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
---------------------	------------------------	----------------	----------------	------------------------	---------------------

2. A minha vida é perfeita

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
---------------------	------------------------	----------------	----------------	------------------------	---------------------

3. Eu gostaria de mudar muitas coisas na minha vida

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
---------------------	------------------------	----------------	----------------	------------------------	---------------------

4. Eu desejava uma vida diferente

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
---------------------	------------------------	----------------	----------------	------------------------	---------------------

5. Eu tenho uma vida boa

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
---------------------	------------------------	----------------	----------------	------------------------	---------------------

6. Eu tenho na vida o que quero

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
---------------------	------------------------	----------------	----------------	------------------------	---------------------

7. A minha vida é melhor do que a vida da maioria das outras pessoas da minha idade

Discordo Totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Totalmente
---------------------	------------------------	----------------	----------------	------------------------	---------------------

#### **Escala de Qualidade de Vida Abreviada (WHOQOL - BREF)**

*Gostaria de saber o que você acha da sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas*

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
1.	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
--	--	--------------------	--------------	------------------------------------	------------	------------------

2.	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

		Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3.	Em que medida você acha que a sua dor impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4.	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5.	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6.	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7.	O quanto você se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8.	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9.	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10.	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11.	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12.	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13.	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14.	Em que medida você tem oportunidades de realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Bom	Bom	Muito Bom
15.	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16.	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17.	Quão satisfeito(a) você	1	2	3	4	5

	está com sua capacidade de desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?					
18.	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19.	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20.	Quão satisfeito(a) você está com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21.	Quão satisfeito(a) você está com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23.	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24.	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25.	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

		Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26.	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

